

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Alla Dirigente Scolastica ISC Cupra Marittima e Ripatransone

I sottoscritti genitori di

.....nato/a a

Il residente a

In via

Frequentante la classe Della scuola

Plesso.....

Essendo il/la minore affetto/a da patologia che ne determina l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196/03.

Luogo e data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà territoriale:

.....

.....

Numeri telefono:
